Rok XXIX. Kraków, 31 Maja 1890. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał

Dr. Roman Barącz,

operator we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 21).

Co do płci, to w 4-ch przypadkach rozwinęła się promienica języka u mężczyzn, w 2-ch u kobiet, w 2-ch nie oznaczono płci; częściéj pojawia się zatem u mężczyzn.

Co do sposobu zarażenia się to 5-ciu chorych miało styczność z bydlem, dwóch z tych chorych z krowami dotkniętemi guzami szczękowemi; jeden chory miał styczność z chorą krową, nadto zwykł był żuć kłosy; moja chora nie miała najmniejszéj styczności z bydłem ani też ze zbożem; jako pomocnica kupiecka (kram towarów bławatnych) zwykła była urywać zębami sznurek do pakowania swego towaru; przy przeliczaniu pieniędzy nie miała zwyczaju ślinić palce. Daty anamnestyczne przemawiają więc zatem, że zarażenie w przeważnéj ilości tych przypadków nastąpiło prawdopodobnie przez styczność z bydłem.

Że do dostania się grzybka do języka musi takowy być pozbawionym przyblonka, rozumie się samo przez się; za tem przemawiają przypadki promienicy kończyn, w których choroba powstała po poprzednim urazie (Bertha), daléj przypadki promienicy połyku i kończyn, w których znaleziono ciała obce, naciekłe nitkami grzybka promienicowego, jak kłos *Hordeum murinum* (przypadek Soltmana), kłos jęczmienny w migdałku świni (przypadek Johnego), drzazga (przypadek Müllera), wreszcie przypadki, w których wystąpiła promienica po połknięciu kłosa, jakkolwiek takowego nie znaleziono (Wölfler, Bertha) i inne.

Promienica języka występuje zawsze w postaci ropnia, rozchodzi się tu więc zawsze o zakażenie mięszane; za tem przemawia także okoliczność, że w kilku przypadkach zauważano obrzęki gruczołów chłonnych podszczękowych; obrzęki te zapalne ustępowały szybko i trwale po wycięciu ogniska promienicowego; w jednym przypadku wycięto podobny gruczoł, celem badania drobnowidowego, które dało wynik ujemny.

Rokowanie w przypadkach pierwotnéj promienicy języka jest na podstawie dotychczasowego doświadczenia dobre, jeżeli się zastosuje odpowiednie leczenie. Co do terapii, to najodpowiedniejszem wydaje mi się wyłuszczenie ogniska w postaci klina i szew, jak to uczynił po raz pierwszy Maydl w swoim 1-szym przypadku, a następnie Ullmann w jednym przypadku; amputacyja połowy języka byłaby wskazaną przy bardzo rozległem ognisku (Ullmann); otwarcie ropnia, wycięcie ścian jego i szew (Maydl), jak również otwarcie, wyłyżeczkowanie i wytamponowanie (mój przypadek) dały również dobre wyniki, jednak dla możliwéj autoinfekcyi przeniósłbym postępowanie pierwsze.

Prócz promienicy samoistnéj pierwotnéj języka obserwowano (jak wyżéj wspomniałem) równoczesne zajęcie sprawą promienicową szczęki przez posunięcie się z języka (Magnussen), jak również ropnie promienicowe przerzutowe (Albert König). Na podstawie dat statystycznych zebranych przez Clausa[1]), co do umiejscowienia i geograficznego rozmieszczenia promienicy u bydła w Bawaryi na 105 przypadków promienicy obserwowanych w Bawaryi u bydła w latach 1879—1887 przypadło 87 przypadków na okolicę pyska i gardziela; najczęściéj była zajęta szczęka (51 razy), mniéj często, jednak dosyć często język. Wnioskując z analogii, jaka panuje co do sposobu szerzenia się choroby u bydła i u ludzi (najczęściéj bywa zajęta okolica jamy ust a wzgl. pyska), przypuszczać należy, że promienica języka u ludzi stanowićby powinna drugie miejsce pod względem lokalizacyi obok okolicy szczękowéj, o tem jednak dopiero kazuistyka lat przyszłych pouczyć nas będzie mogła.

D) *Promienica szyi.*

IX. Karolina J., 56 lat, praczka ze Lwowa, zgłosiła się do lecznicy 15/3 1890; podaje, że przed 2 miesiącami utworzył się jéj guz po lewéj stronie szyi, wielkości cytryny, bardzo twardy i mało bolesny, który szybko powiększył się

[1]) Claus: *Ueber Localisation und geographische Verbreitung der Actinomycose etc. Inauguraldissertat.* Leipzig 1887.

w kierunku linii środkowej szyi. Po stosowaniu kataplazmów obrzęk pękł i wydzielała się z niego skąpa ilość gęstéj ropy. Przetoka, którą ropa się wydzielała, dotąd się nie zabliźniła.

Badanie wykonane 15/3 1890 wykazało: kobieta wzrostu wysokiego, dobrze zbudowana, średnio odżywiona. Po lewéj stronie szyi blisko linii środkowéj w wysokości chrząstki tarczykowéj znajduje się sinawo zabarwiony płaski ropień, do którego prowadzą 2 przetoki. Sąsiedztwo i nasadę ropnia stanowi deskowato twardy guz, o nieregularnéj powierzchni, wielkości jaja kurzego, z chrząstką tarczykową i kością gnykową w związku będący i nad temi ostatniemi nieprzesuwalny, który przy ruchach połykowych wraz z krtanią się się porusza. Zgłębnik daje się wprowadzić na $^1/_2$ cm. w głąb guza przetokami na $^1/_2$ cm. od siebie oddalonemi i komunikującemi ze sobą. Treść obrzęku stanowiła skąpa ilość cieczy śluzowéj krwawo zabarwionéj i kilka ziarn cytrynowo żółtych wielkości maku, prócz tego brunatnawo zabarwione granulacyje, które łyżeczką ostrą wyskrobano.

Chora z bydłem, zbożem i sianem wcale nie ma nic do czynienia. Najbliższa stajnia krów znajduje się o 2 domy w sąsiedztwie, krowy mają być zdrowe.

Chora podaje, że w tydzień przed powstaniem guza na szyi, jedząc wieprzowinę, połknęła szczecinę, która ugrzęzła w połyku i przez kilka dni zawadzała. Przed 12 laty utworzyć się jéj miała przetoka zębowa po stronie prawéj twarzy, która przez 6 miesięcy się utrzymała, wkrótce jednak po tuszowaniu kamieniem piekielnym zgoiła się.

S t a n z ę b ó w bardzo zły; brak wszystkich zębów trzonowych dolnych lewych: z 1 trzonowego wrzekomego pozostał tylko korzeń; po stronie prawéj 2 zęby trzonowe wrzekome dotknięte próchnieniem; zębów trzonowych brak; inne zęby na szczęce dolnéj utrzymane. W szczęce górnéj utrzymało się tylko 5 zębów przednich, jednak i te chwieją się; innych zębów brak. Badanie drobnowidowe wypróżnionych grudek wykazało kolonije grzybka promienicowego, odosobnione grzybki i pałeczki. Dnia 16/3 1890 wyluszczenie guza w narkozie chloroformowéj. Cięciem owalnem okoliłem go wraz z przetokami i wyłuszczyłem posługując się przeważnie nożem z powodu silnych zrostów za pomocą zbitéj tkanki łącznéj z chrząstką tarczykową i kością gnykową. Obnażona górna część tchawicy, chrząstka tarczykowa i kość gnykowa okazały się zdrowemi. Guz rozszerzył się na zewnątrz i ku górze ku lewéj stronie szyi i pod szczękę dolną; w ostatnim kierunku oddawał długą wypustkę, nie sięgającą jednak po szczękę. Kilka gruczołów chłonnych powiększonych, jednak zbitości prawidłowéj, wyłuszczono celem badania drobnowidowego. Podczas wyłuszczenia mierny krwotok; założono kilka podwiązek. Rana skórna zgoiła się *per primam* aż do miejsca dla drenu, które goi się przez ropienie.

Chora znajduje się jeszcze w łeczeniu (18/4 1890).

Na podstawie powyższych spostrzeżeń upewniłem się w dawniéj powziętem przekonaniu, że promienica w Galicyi nie należy do chorób rzadkich i że wiele przypadków nie bywa rozpoznanych z powodu niedostatecznéj obserwacyi i zaniechania badań drobnowidowych.

Wreszcie wspomnieć muszę, że wspólnie z Drem Wehrem przedsięwziąłem próby przeszczepienia choroby na zwierzęta, które wszystkie dały wynik ujemy. Do doświadczeń użyto myszy szarych i białych, gołębi i kur. Do doświadczeń tych użyto świeżych grudek z czystéj postaci promienicy przypadku II-go; u myszy wprowadzano 3—4 grudek w tkankę podskórną grzbietu i brzucha, u gołębi i kur zaś w tkankę podskórną czaszki i zaszywano nad niemi skórę; przytem postępowano o ile możności aseptycznie. Myszy zdechły po kilku dniach, gołębie i kury zaś zabito po 4 miesiącach. Przy nekroskopii nie znaleziono ani śladu przeszczepionych grudek ani też przyrzutów.

II. O influenzy panującéj z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie.

Napisał

D r. O. W i d m a n n.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. 15/2 1890 r.).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

W przypadkach obserwowanych przeczemnie spostrzegałem odmienne od podania W u n d e r l i c h a nagłe wystąpienie wysokiéj gorączki, przechodzącéj niekiedy 41° C. bez względu na ciężkość przypadku. Często bowiem zdarzało się, że choroba nie trwała tygodnia, czasem i krócéj, pomimo, że początkowo była bardzo wysoka ciepłota. W innych znów przypadkach zdarzało się, że 4-go dnia doszła gorączka do szczytu, przez następne 48 godzin schodziła stopniowo do stanu podnormalnego, aby po dalszych 48 godzinach raz dojść do 40° C. i spaść następnie niżéj normy, zaś w dalszych 24 godzinach po ostatniem podwyższeniu, przechodziła ciepłota do stanu prawidłowego.

Bardzo często poprzedzało spadek czy to lityczny, czy krytyczny ciepłoty, znaczne podwyższenie téjże, które czasem było pseudokrytyczne lub pseudolityczne.

4) Tętno bywa miernie przyspieszone, nie przekracza 120 uderzeń na minutę, a często nawet do téj ilości nie dochodzi. Bywa zwykle małe i twarde. Po ustąpieniu gorączki nie schodzi ilość uderzeń tętna niżéj ilości prawidłowéj. Często bywa niestosunek pomiędzy szybkością tętna a wysokością ciepłoty.

5) M o c z bywa wysycony, a chlorki bywają prawie zawsze prawidłowe, co najwięcéj lekko zmniejszone. Czasem zawiera mocz większą lub mniejszą ilość białka, które znika, znów za dni parę się pojawia, a po kilku dniach nie daje się zupełnie wykazać. W innych razach mocz nie przedstawia nic nieprawidłowego.

6) P o t y, często rozpływne, towarzyszą w niektórych przypadkach trwaniu gorączki lub występują poprzedzane ziębieniem albo dreszczami. Niekiedy pocą się chorzy przez jakiś czas po ustąpieniu gorączki, lecz poty te nie bywają tak obfite, jak podczas okresu gorączkowego. Wystąpienie k r y t y c z n y c h potów spostrzegałem bardzo rzadko.

Wyraz twarzy chorego dotkniętego influenzą bywa często bardzo cechujący. Policzki są zaczerwienione i niejako lekko nabrzmiałe, oczy szklące, spojówki nawstrzykane, a zaczerwienienie około nozdrzy jest najsilniejsze.

8) J ę z y k, często nawet cała jama ustna, bywa obłożony b i a ł y m n a l o t e m (nie mułem), nie dającym się zeskrobać, jakby po oparzeniu w pierwszym okresie lub po posmarowaniu lekkim rozczynem azotanu srebrowego. Czasami dawały się spostrzedz pojedyncze pasy tego rodzaju już to na podniebieniu miękkiem, na języczku, na migdałkach, już to błonie śluzowéj tylnego gardła. Nalot ten nie schodził czasami przez cały czas okresu gorączkowego, a pozostaje niekiedy jeszcze i w okresie już bezgorączkowym influenzy. Zwykle po paru dniach przemienia się barwa biała języka na brunatną, a powierzchnia jego wydaje się być suchą i popękaną. Chorzy mają przytem uczucie jak po oparzeniu i zmieniony smak. Późniéj schodzi nalot ten, a język wygląda jakby drobniuchnemi nasiany brodawkami i jest miernie zaczerwieniony. Jestto objaw, z którego opisem się nigdzie nie spotkałem, a który jest dość ważnym znakiem rozpoznawczym dla influenzy, szczególnie w razach wątpliwych.

9) Zresztą napotykamy zmiany nieżytowe mniéj lub więcéj we wszystkich błonach śluzowych, zmiany, które nie mają nic tak dalece cechującego dla influenzy, jakoto: nieżyt spojówek, błon śluzowych nosa z krwawieniem lub bez tego, nieżyty gardła, krtani, z chrypką lub zupełnym brakiem głosu, nieżyty tchawicy, oskrzeli, niemniéj nieżyty narządu trawienia, a rzadko nieżyty narządu moczopłciowego.

10) Kaszel bywał w wielu epidemijach objawem najsilniéj występującym. Napadowy kaszel jest częstym tak, iż zdarzało się, że w epidemijach panujących w stuleciu 15, 16, 17, brano infuenzę za koklusz. Podobieństwo jednak między jedną a drugą chorobą polega chyba tylko na kaszlu kurczowo-napadowym, który w kokluszu zawsze, zaś w influenzy tylko czasami się napotyka. Zrazu bywa w influenzy kaszel suchy, późniéj dopiero wydziela się śluz ciągnący, surowiczy, pomięszany zmianą zawierającą niekiedy paski krwawe. Czasem bywają plwociny drzewkowate, odpowiadające rozgałęzieniom oskrzeli. Zauważano jednak również: brak zupełny kaszlu w niektórych przypadkach influenzy.

Zjawisk przysłuchowych nie ma tak długo, jak długo kaszel jest tylko z tchawicy, lub jamy gardłonosowéj. Skoro jednak wystąpi nieżyt oskrzeli, natenczas występują znane objawy przysłuchowe, które dla influenzy nie są swoistemi.

11) Brak tchu (*dyspnoë*) jest częstym towarzyszem influencyjnego zajęcia dróg oddechowych i jest o tyle dla téj choroby cechującym, że nie stoi w stosunku do zmian w tym narządzie tak, że trzeba przyczyny jego w układzie nerwowym szukać, co wtedy jest nie trudnem, jeżeli występują nerwobóle międzyżebrowe; jeżeli zaś tych niema, należy przypuścić, że powodem braku tchu jest zajęcie nerwów oddechowych.

Powikłania i choroby następowe. 1) Zapalenie płuc. Ważną jest rzeczą rozstrzygnąć, ażali zapalenie płuc, które się wikła z danym przypadkiem influenzy jest zapaleniem płuc **włóknikowem** czyli **nieżytowem**, lub też zupełnie swoistem.

Wikłanie się zapalenia płuc włóknikowego z influenzą jest rzeczą nader rzadką. Zwiastują go silne dreszcze lub jeden silny dreszcz, znaczne podwyższenie ciepłoty i zresztą znane objawy téj okresowéj choroby.

Zapalenie płuc t. z. **nieżytowe** jest dalszym ciągiem nieżytu oskrzelowego i przejściem sprawy na pęcherzyki płucne, jest przeto zawsze obok i skutkiem nieżytu najdrobniejszych oskrzeli.

Inaczéj się jednak rzecz przedstawia, jeżeli u chorego dotkniętego influenzą pojawiają się bez nieżytu oskrzelowego, bez poprzednich dreszczów i podniesienia ciepłoty ciała, objawy przeważnie wypukowe, jak niemniéj i przysłuchowe, które świadczą o tem, że pęcherzyki płuc są w stanie zapalnym.

Jeżeli przypuścimy, że influenzę wywołują mikroorganizmy, i że mikroby te są pneumokokami, jakto niektórzy autorowie twierdzą, to nic łatwiejszego jak przypuścić, że zapalenie płuc występujące w przebiegu influenzy jest zapaleniem włóknikowem.

Temu twierdzeniu sprzeciwiają się jednak fakty kliniczne. Bezsprzecznie może się zapalenie płuc włóknikowe wikłać z influenzą. Są to jednak wyjątki; częściéj zdarza się zapalenie płuc skutkiem zapalenia oskrzeli idącego dalej — nieżytowe; istnieje jednak trzeci rodzaj zapalenia płuc, które dotąd przynajmniéj tylko w influenzy spostrzegałem, a które się różni pod każdym względem od wyżéj wymienionych dwóch rodzajów zapaleń płuc. Nazwałbym go zapaleniem płuc influencyjnem, raz dla rozróżnienia go od tamtych 2-ch rodzajów, a powtóre dlatego, że nie zdarzyło mi się, abym się z niem spotkał gdzieindziéj, jak w influenzy.

Zapalenie płuc influencyjne pojawia się zwykle czwartego lub piątego dnia choroby, rzadziéj wcześniéj lub późniéj i lubi po ustąpieniu w jednem miejscu i trwaniu tamże krótkiem wystąpić w drugiem lub też w kilku innych miejscach.

Występuje ono bez dreszczu i bez podwyższenia ciepłoty ciała, nawet bez znaczniejszych objawów podmiotowych a bez badania fizycznego, nie zdradzając się niczem, ani kaszlem, ani kłuciem, ani plwocinami, często przeoczonem być może.

Biermer twierdzi, że zapalenie wikłające się z influenzą jest tak zwaną *pneumonia notha* czyli wrzekome zapalenie płuc, to jest nieżytem oskrzelowym z przekrwieniem płuc bez rozległych nacieków. Twierdzenie to jest zupełnie mylnem i dziś już żaden klinicysta nie będzie rozpoznawał *pneumoniam notham.* Zresztą w zapaleniu płuc towarzyszącem influenzy bywają nacieki rozległe a brak często nieżytu oskrzelowego.

Już temu lat 200 zwrócił Tomasz Sydenham uwagę na swoistość zapaleń płuc, jakie się zdarzają w przebiegu influenzy, wyrażając się, że ono jest urodzone *sub alio sidere* niż zapalenie płuc, które dziś zwiemy włóknikowem, a od którego się przebiegiem i zejściem różni.

Cechami zapalenia płuc influencyjnego są obok wymienionych wyżéj jeszcze te, że stłumienie odgłosu wypukowego występuje niekiedy na bardzo ograniczonem miejscu, bywa często rozsiane po różnych miejscach, już to po jednéj, już to po obudwu stronach klatki piersiowéj, że stłumienie to znika często po 48 godzinach w miejscu, w którem wystąpiło, a pojawia się w drugiem, lub nawet w tem samem. Może stłumienie zajmować także większe przestrzenie płuc a umiejscowienie jego nie jest stałe, albo w dole tylko, albo w szczycie płuc wyłącznie; może zrazu wystąpiwszy w szczytach uchodzić za naciek gruźliczy.

Objawy przysłuchowe różnią się również tak od zapalenia płuc włóknikowego, jak też i nieżytowego. Niema bowiem wyraźnego oddechu oskrzelowego, zwykle nic słychać wydechu i rzężeń dźwięcznych i nie bywa dźwięk głosu zwiększony tak, iż nie trudna byłaby omyłka z zapaleniem opłucny, gdyby nie inne objawy i przebieg nie dozwalały rozpoznawać téj ostatniéj choroby.

Tętno w zapaleniu płuc influencyjnem jest małe, miękkie, nie dwubitne, dochodzące do 110 uderzeń na minutę, podczas gdy w zapaleniu płuc włóknikowem jest tętno znacznie szybsze, pełne i dwubitne.

Bardzo często towarzyszy zapaleniu płuc influencyjnemu duszność przy oddechu szybkim i płaskim, duszność, która nie stoi w stosunku do obszaru zajętego sprawą zapalną w płucach i nie daje się przy braku jakichkolwiek powikłań ze strony serca lub oskrzeli itd. wytłumaczyć.

Zapalenie płuc influencyjne ma wedle opisu najbardziéj obraz zbliżony do zap. płuc opisanego pod nazwą *Streptococuspneumonie* przez Finklera w Bonn. Z własnego doświadczenia nie mogę tego twierdzić, gdyż nie miałem dotąd sposobności obserwowania tego rodzaju zapaleń płuc, lecz opis jest bardzo podobny. (Dok. nast.)

III. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Drugim rodzajem zmian chorobowych w krtani, które mogą dawać wskazanie do laryngofisury, jest przerost błony śluzowéj, prowadzący do zwężenia. Przerost nieregularny do wytworzenia pojedynczych guzów prowadzący pod względem leczenia bliżéj stoi polipów; odnosi się więc do niego to, co powyżéj o polipach powiedziałem. Tam też wspomniałem o takim przypadku przezemnie endolaryngealnie leczonym. Im jednak przerost taki mniéj jest ograniczony, tem większe sprawia trudności w operacyjnym zabiegu endolaryngealnym; trudności zwiększają się jeszcze znacznie, jeżeli przerost błony śluzowéj do zwężenia krtani doprowadza. Tutaj zazwyczaj rozchodzi się o wybór nie pomiędzy laryngofisurą a endolaryngealną operacyją, ale pomiędzy laryngofisurą a systematyczną dylatacyją. Do tego rodzaju przypadków należy tak zw. *chorditis vocalis hypertrophica*, która nam dała powód do laryngofisury w przypadku 1, 11, 12, 13, 14 i 20. W lżejszych przypadkach zwężenia, które nie wymagają tracheotomii, należy próbować systematycznéj dylatacyi rurkami kauczukowemi Schröttera. W ten sposób leczyłem już z dodatnim skutkiem w ciągu kilku miesięcy cały szereg przypadków. W przypadkach silniejszego zwężenia, gdzie z powodu tegoż tracheotomija wykonaną być musiała, albo gdzie potrzeba tracheotomii w czasie dylatacyi wystąpiła, zachodzi pytanie po dokonaniu tracheotomii, w jaki sposób teraz zwężenie usunąć należy. Tu przedewszystkiem uwzględnić musimy metodę dylatacyi czopkami cynowemi Schröttera. Używając takowych niejednokrotnie zwłaszcza dawniéj w podobnych przypadkach udawało mi się w przeciągu kilku miesięcy usunąć zwężenie i wyjąć kaniulę. W przypadkach tych, w których przerost błony śluzowéj na podstawie ropotoku Störka się wytworzył, czas trwania leczenia nie był zbyt długim. Pamiętnym mi jest jednak jeszcze z kliniki Schröttera przypadek, gdzie przerost błony śluzowéj pod głośnią na tle twardziela (rhinoscleroma) powstały, wymagał lat kilka trwającéj dylatacyi. Zapewne i nasze przypadki 13, 14 i 20 nie mniejby czasu do dylatacyi potrzebowały. Zbitość bowiem wyciętych w tych przypadkach tkanek nie pozwalała na możność szybkiego rozszerzenia rachować. Drugą metodą leczenia takiego przerostu jest wypalanie galwanokauterem, dla którego obecnie jest tu droga i z góry i z dołu, to jest przez głośnię i przez ranę tracheotomijną otwarta. W ten sposób leczyłem dwie chore z wymienionem powyżéj cierpieniem, u których po bezskutecznych próbach dylatacyi rurkami kauczukowemi Schröttera z powodu duszności tracheotomiję wykonać musiałem. Przerosła błona śluzowa okazywała się tu niepodatną, jakkolwiek rhinoscleroma stwierdzić nie mogłem. Leczenie galwanokauterem trwało w obu przypadkach 3—4 miesięcy. Sądzę, że dylatacyja czopkami Schröttera z powodu niepodatności przerosłych części dłuższego czasu by łaby potrzebowała. Trzecią, a zdaniem mojem najwłaściwszą metodą w tych przypadkach jest wykonanie laryngofisury, a następnie wycięcie przerosłych wałków błony śluzowéj. W ten sposób bowiem wyleczenie w kilka tygodni nastąpić może. Jestto zasługą ś. p. Szeparowicza, który pierwszy w tem cierpieniu wykonał laryngofisurę. Jego wynikami zachęcony Obaliński wykonal ją w naszym przypadku 1 i zachęcił mnie do wykonywania jéj późniéj (przypadek 11, 12, 13, 14 i 20). Zaznaczam tu raz jeszcze, że laryngofisura w przeroście błony śluzowéj krtani tam tylko jest wskazana, gdzie potrzeba tracheotomii zaszła lub zachodzi; w przeciwnym razie należy zawsze próbować systematycznéj dylatacyi rurkami Schröttera.

Podobnie jak mały polip skutkiem usadowienia w przestrzeni międzynalewkowéj ściągnąwszy do siebie struny głosowe może dać powód do tracheotomii i laryngofisury, (przyp. 6), tak też i mały przerost błony śluzowéj na tylnéj ścianie krtani może ściągnąć do siebie struny głosowe tak, że tracheotomija z powodu duszności staje się konieczną (przyp. 7 i 8). Tutaj zachodzi ścisłe wskazanie do laryngofisury i wyskrobania przerosłéj tkanki. Endolaryngealne zabiegi przed wykonaną tracheotomiją mogłyby z powodu wąskości szpary być nawet niebezpieczne. Wreszcie nawet po tracheotomii na skuteczność ich wcale rachować nie można. W przypadku 7, gdzie nie dość energicznie wyskrobałem tkankę przerosłą, jakkolwiek pewnie wyskrobałem ją silniéj, niżbym to przy endolaryngealnym zabiegu mógł uczynić, skutku żadnego nie osiągnąłem. Natomiast w przypadku 8, gdzie ekochleacyję dokładniéj przeprowadziłem, osiągnąłem skutek zupełnie zadowalający i trwały. Laryngofisury nie mogłaby tu także zastąpić dylatacyja czopkami cynowemi Schröttera; łatwo bowiem pojąć, że nawet dość gruby czopek dałby się wprowadzić, gdyż struny głosowe nie stawiałyby mu wielkiego oporu i łatwo przezeń na boki wgięteby być mogły; po wyjęciu jednak czopka brzegi ich musiałyby się napowrót wyprostować, a tem samem wrócić do dawnéj pozycyi. Żeby zaś czopek wobec podatności strun głosowych był w stanie rozciągnąć ściągającą tylne części strun tkaninę, tego przypuszczać nie można. Wobec tego, co powiedziano, tem mniéj jeszcze na skutek dylatacyi rurkami kauczukowemi (przed wykonaniem tracheotomii) rachować można.

Trzecią grupę przypadków, w których laryngofisura może być wskazaną, stanowią blizny po przebytych chorobach lub zranieniach krtani pozostałe. I tu jednak dopuszczałbym laryngofisurę wtedy tylko, jeżeli endolaryngealne leczenie nie prowadzi do celu, albo też, jeżeli z powodu zwężenia tracheotomija była zrobiona. Blizny takie usadowione w przestrzeni międzynalewkowéj ściągać mogą struny głosowe do siebie i wymagać rozcięcia po dokonanéj laryngofisurze. Blizny okrężne wymagać mogą po laryngofisurze zupełnego wycięcia. W jednym i drugim przypadku sam zabieg operacyjny nie prowadzi zazwyczaj do celu, blizna bowiem zawsze się odtwarza, a ztąd po pewnym czasie dawny stan powraca. Dlatego też w tych razach po dokonanéj operacyi przeprowadzać należy systematyczną dylatacyję i to zwykle przez czas dość długi, aby się od powrotu cierpienia uchronić. Jeżeli jest możebnem rozcięcie blizny endolaryngealne bez wykonania tracheotomii, w takim razie należy po niem przeprowadzać dylatacyję rurkami kauczukowemi. Jeżeli zaś tracheotomija została wykonaną, do dylatacyi używać należy czopków. Wreszcie można w tego rodzaju przypadkach i bez zabiegu operacyjnego odrazu do stopniowéj dylatacyi przystąpić. Co w danym razie lepiéj jest uczynić, zależy od poszczególnych przypadków. Jeżeli tkanka bliznowata do całkowitego zarośnięcia krtani doprowadziła, jak to po wygojeniu okrężnych wrzodów lub po przecięciu krtani w poprzek, zwłaszcza przy używaniu przez czas dłuższy kaniuli bezokienkowéj, miejsce mieć może, wtedy mamy do

wyboru dwie drogi: 1) przebicie tkanki bliznowatéj i następową dylatacyję czopkami; 2) wycięcie blizny zupełne przy laryngofisurze z następowem zakładaniem czopków, celem zapobieżenia ponownemu zwężeniu. Skuteczność jednéj i drugiéj metody w tych razach zależy bardzo od grubości bliznowatéj tkanki. W naszych 3-ch przypadkach bliznowatego zarośnięcia krtani najlżejszym był przypadek 16 ty, w którym błona oddzielająca krtań od tchawicy była dość cienką. Tutaj nie potrzebowałem wykonać całkowitéj laryngofisury, ale częściową tylko, aby rzeczoną błonę zupełnie wyciąć. Do zapobieżenia jéj powrotowi nie potrzebowałem też czopków Schröttera, lecz wystarczyły mi tampony z rozcinaniem od czasu do czasu odtwarzających się części blizny. W przypadku 9-tym tkanka bliznowata, zatykająca krtań, była znacznie grubszą. Udało mi się ją jednak przebić, a otwór następnie w ciągu dłuższego czasu czopkami cynowemi dostatecznie rozszerzyć; jedynie dolne części blizny opierały się dylatacyi, sam koniec bowiem dolny czopka nie może działać rozszerzająco. Prócz tego przyczyniało się do tego znacznie także wciągnięcie ku przodowi dolnego brzegu płyty obrączkowéj. Ten ostatni jak wiadomo wtłacza się zwykle w światło tchawicy przy długiem noszeniu kaniuli. Gruba blizna okrężna ściągając go ku przodowi, wtłoczenie to znacznie zwiększyć musiało. Dlatego to proponowałem prof. Rydygierowi wycięcie klinu w tylnéj płycie chrząstki obrączkowéj, w ten sposób bowiem zwiększyć było można światło krtani, znieść kątowate zagięcie tylnéj ściany pomiędzy krtanią a tchawicą nie osłabiając zbytecznie przez to chrząstki obrączkowéj, jak to w przypadku 9-tym dokładnie opisałem. Wycięcie takiego klina uważam za wskazane wszędzie, gdzie znaczne kątowate zagięcie tylnéj ściany ponad kaniulą znaczniejsze zwężenie krtani w tem miejscu sprawia. W przypadku 16-tym nie wykonałem takowego dlatego, że dolny brzeg płyty obrączkowéj nie był tak silnie wciągnięty, żeby mógł oddech utrudniać. Sądzę jednak, że gdybym to był wykonał, byłbym sobie oszczędził potrzeby dłuższego tamponowania i kilkakrotnego nacinania odrastającéj blizny. W naszym przypadku 2-gim laryngofisura nie osiągnęła pożądanego celu; zadziwiać to jednak wcale nie może wobec grubości tkanki bliznowatéj, która od kaniuli do samych więzadeł sięgała. I tak jednakże stanowiła tu laryngofisura zabieg możliwie najlżejszy, który przecie mógł się powieść; należało go przeto próbować. W przypadkach tego rodzaju, jeżeli laryngofisura z wycięciem bliznowatéj tkaniny i następową dylatacyją, albo też przebicie takowéj z dylatacyją nie prowadzą do celu, uważałbym za najwłaściwsze wycięcie połowy krtani, któreby pozwalało choremu pozbyć się kaniuli i odzyskać głos jakkolwiek bardzo chrypliwy. (Dok. nast.)

IV. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Orexinum muriaticum jako środek natrawienny.

Odczyt miany w Tow. lek. krak. dnia 16 kwietnia b. r. uzupełniony późniejszemi doświadczeniami.

Podał

Dr. Czesław Podgórski,

I. sekundaryjusz tegoż oddziału.

W zeszycie z lutego b. r. *Therapeutische Monatshefte* wystąpił prof. Penzoldt z Erlangi z zaleceniem *Orexinum muriaticum*, jako znakomitego środka natrawiennego. Doświadczenia jego, przedsiębrane na materyjale ambulatoryjnym, wykazywały świetne wyniki, a próby kontrolujące na zdrowych stwierdzały znaczne wzmożenie się łaknienia z równoczesnem podniesieniem funkcyj żołądka, tak chemicznych jak mechanicznych. Przytoczone przezeń wyniki były tak zachęcające, że prof. Pareński, sprowadziwszy lek od firmy wskazanéj przez autora, polecił mi wykonać z nim szereg doświadczeń na swym oddziale.

Orexina (od ὄρεξις = łaknienie), jestto istota pochodna od chinoliny, według składu chemicznego Phenyldihydrochinazolin, a jego sól chlorowa, jestto proszek krystaliczny, w wodzie gorącéj łatwo rozpuszczalny, sprawiający na języku uczucie chwilowo piekące, z następowem kilka minut trwającem znieczuleniem, podobnem jak po użyciu kokainy. Błonę śluzową nosa i spojówki drażni silnie.

Penzoldt w swéj pracy poleca przepisywać ten środek z *Extr. Gentianae*, my jednak wychodząc z zapatrywania, że dla czystości doświadczenia powinno się unikać innych środków natrawiennych, do jakich zalicza się *Gentiana*, przepisywaliśmy z *Extr. et pulv. Liquirit.* i to po jednym decigramie na pigułkę. Lek podawaliśmy w opłatku i uczucia palenia, ani w połyku, ani w jamie ust chorzy nie doznawali nigdy, dla ostrożności jednak można w prywatnéj praktyce według rady Penzoldta polecić na każdą pigułkę powłoczkę gelatynową. Poczynaliśmy od dawek 1 do 3 decgr. odrazu wśród popijania kubka rosołu z jajem lub mleka, posuwając się do dawek 1·5—2·0 gr. dziennie.

Doświadczenia rozpoczęto od wybadania zachowania się orexiny wobec żołądków funkcyjonujących prawidłowo. Przekonawszy się więc, że u takich chorych, a to dwóch z *rheum. muscul.*, dwóch z *bronchitis lev. grad*, jednego z *ischias*, jednego z *gonitis traumatica*, żołądek czczy jest pusty, podawano w południe obiad próbny Leubego i w jednych razach oznaczano czas najwyższéj kwasoty treści żołądkowéj, doświadczając sztucznem trawieniem siły trawiącéj, a w innych chwilę ukończenia trawienia żołądkowego. Te same próby wykonywano po podaniu rannem 0·30, południowem 0·50 *orexinum*. Takie próby kontrolujące wykonano na powyższych sześciu chorych parę razy i w czterech przypadkach zauważano podnoszenie się kwasoty treści żołądkowéj, z oddziaływaniem na kwas solny bardzo wyraźnem, ale nieznaczne, co najwyżéj o 5—10 tak, że gdy bez orexiny kwasota bywała 40—45, to po zażyciu jéj wzmagała się do 45—55.

Co do ukończenia trawienia, to przyspieszenia téj chwili, zresztą do ścisłego uchwycenia bardzo trudnéj, nie dostrzeżono po orexinie wcale. Na jedno tylko wogóle zwrócić tu uwagę trzeba, a to na szybkość, z jaką u osób zdrowych, przywykłych do spożywania znacznéj ilości pokarmów, następowało wydalenie z żołądka n. p. obiadu próbnego Leubego]; podczas gdy w podręcznikach za średnią miarę uchodzi godzina siódma, my prawie zawsze u zdrowych robotników w cztery godziny po obiedzie próbnym znachodziliśmy żołądek próżnym. Co zaś do symptomatycznego działania orexiny, to w powyższych przypadkach i to dawało wyniki ujemne; zwiększenie się bowiem łaknienia nie wystąpiło w powyższych przypadkach ani razu, mogło tu jednak deprymująco wpływać sondowanie, uwzględniając więc to podawano osobom całkiem zdrowym (posłudze szpitalnéj), a nawet i niektórym z powyżéj wymienionych orexinę po 0·30 i 0·50 bez następowego wydobywania treści żołądkowéj i na sześć w ten sposób badanych osób u trzech było po każdem podaniu tego środka dość silne pobudzenie łaknienia, prze-

mijające jednak po kilku godzinach, u innych żadnego działania nie dostrzeżono.

Z chorymi wykonano liczne próby, a stosownie do wartości wzmożenia się łaknienia w danym razie przeważnie z chorymi na gruźlicę ze zmianami do mniejszego lub większego stopnia posuniętemi, a wyniki były następujące:

I. Chorzy na gruźlicę:

1) Z. J., służąca, l. 24, *Tub. pulm.* Apetyt bardzo mały od dłuższego czasu, 18/4 0·3 or.[1]), ani w tym ani następnym dniu apetyt się nie poprawia. Podano więc 20/4, w południe 0·3, wieczorem 0·5 or. Chora jak dawniéj nic prawie nie je.

2) M. M., służąca, l. 32, *Tub. pulm.* 10/4. 0·3 w południe, 0·5 or. wieczorem. W godzinę po użyciu leku nudności, do wymiotów nie przyszło. Apetyt bardzo mały jak poprzednio.

3) M. W., l. 35, wyrobnica, *Tub. pulm. cum hydrope.* Chora od dawna nic nie je, oprócz skąpych ilości płynnych pokarmów. 16/4 podano 0·3 or. bez skutku. 19/4 0·3 w południe i 0·5 or. wieczorem. Apetyt dnia następnego się znacznie poprawił i utrzymuje się przez trzy dni, kiedy chora na własne żądanie szpital opuszcza.

4) M. O., praczka, l. 55, *Tub. pulm. Arthritis fungosa tarsi sin.* 19/4 0·3 i i 0·5 or. Łaknienie dotąd bardzo małe według podania choréj jeszcze się po leku zmniejszyło.

5) M. Ł., l. 60, wyrobnica, *Phthisis pulm. fibrosa,* 8/4 0·3 or. bez skutku. 11/4, 0·8 or. w dwóch dawkach. Apetyt się nieco poprawił. Kolacyją chora zjadła ze smakiem, ale już 12/4 łaknienie wróciło do dawnego lichego stanu.

6) T. G., l. 21, *Tub. pulm.*, 28/3, z powodu zupełnego braku apetytu 0·3 or. bez skutku, 3/4 0·3 or. w południe, a 0·5 wieczorem Po dawce wieczornéj w godzinę były wymioty. Chora w ustach miała przytem uczucie palenia. Apetyt ciągle jednakowo mały. 15/4 0·3 i 0·5 or., bez wymiotów chora zniosła, ale apetyt się nie poprawił.

7) W. St., l. 38, *Tub. pulm. Gonitis fungosa.* Po resekcyi stawu kolanowego apetyt przedtem dobry zniknął. 21/3, 0·3 or. nie poprawia. 24/3 wieczorem 0·3 or., 25/3 rano 0·5 or. Przez dwa następne dni apetyt nieco lepszy, ale wkrótce podupada i już pomimo podania 12/4 trzy razy po 0·5 nie poprawił się wcale. Ubocznego ujemnego działania nie dostrzeżono.

8) A. J., przy rodzicach, l. 18, *Tub. pulm.* 20/3, podane 0·3 or. na polepszenie apetytu nie wpłynęło. Daléj chora leku brać nie chciała.

9) J. F., l. 66, wyrobnik, *Phthisis pulm. fibrosa,* 2/4, po 0·3 or. apetyt jak dawniéj bardzo mały, 9/4, podano 0·3 i 0·3 or., również bez skutku.

10) J. B., l. 35, wyrobnik, *Peritonit. bacillosa subacuta.* Chory ma apetyt dobry, który po podaniu 15/4 0·8 or. na dni parę jeszcze się wzmógł.

11) M. K., emeryt. urzędnik, l. 65, *Tub. pulm.* Brak zupełny apetytu od dłuższego czasu. Stan ten nie zmienia się po podaniu 16/4, 0·3, a 19/4 0·3 i 0·5 or.

12) M. K., l. 26, stolarz, *Phthisis pulm.* 18/4, podano 0·3 or. apetytu nie poprawia. 20/4, podane 0·3 i 0·5 or. podnoszą łaknienie na jeden dzień, które potem znika zupełnie.

13) J. P., woźny, l. 55, *Pleurit. exsud. serosa in ind. c. indurat. apic. pulm. dextri* 10/4, 0·3 or. pozostają bez skutku. 12/4, 0·3 i 0·5 or., również łaknienie zwiększają.

14) J. M., l. 40, wyrobnik, *Tub. pulm.*, 10/4, podano 0·3 or. złego apetytu nie poprawia.

II. Chorzy na różne choroby:

15) E. S., wyrobnica, l. 50, *Endocardit. chron.*, chora bardzo mało jada, wymioty bardzo rzadko bywają. 8/4, 0·3 or. apetytu nie zwiększa, ale po użyciu w godzinę dwukrotne wymioty. 5/4, 0·3 i 0·5 or., znowu wywołują wymioty w półtoréj godziny. Apetyt jednakowo zły.

16) K. J., l. 50, wyrobnica, *Bronchitis diff. in. ind. c. Endocardit. chron.* Choréj z powodu bardzo małego łaknienia podano w południe 0·3 i wieczór 0·3 or. Po drugiéj dawce chora dostała zawrotu głowy, szumu w uszach, twarz była zaczerwieniona, tętnice silnie napięte. Stan ten w kilkadziesiąt minut przeszedł.

17) M. J., l. 25, służąca, *Polyarthritis acuta. Endocard.* 15/4, z powodu zupełnéj prawie anoreksyi podano 0·3 or. bez skutku. 20/4, chora ciągle nie prawie nie je, odżywienie podupada, a 0·3 i 0·3 or. apetytu nie podniosło. Na stan gorączkowy oddziałania nie zauważono.

18) J. G., l. 40, praczka. Apetyt bardzo mały po 0·3 or. się nie poprawia. Chora daléj leku nie używa.

19) A. Ch., służąca, l. 28, *Bronchitis dif. in Emph.*, z powodu braku apetytu 21/3 0·3 or. Apetyt jednakowy. 1/4 0·7 or. w dwóch równych dawkach w południe i wieczorem wywołuje wymioty. Apetyt nie lepszy. 20/4, podano 0·3 i 0·5 or. poprawia łaknienie (co jednak mogło i od ogólnéj poprawy zdrowia pochodzić).

20) Z. O., l. 28, służąca, *Perimetritis.* Brak apetytu 17/4 0·3 or. bez skutku. 21/4, 0·3 i 0·5 or. wywołują na jeden dzień znaczne wzmożenie się łaknienia, które już 23/4 zniknęło.

21) H. K., wdowa po urzędniku, l. 54, *Endocardit. chr.* 22/3, 0·3 or. w półgodziny zostało zwymiotowane.

22) M. N., l. 30, żona wieśniaka. *Febris puerp. Thrombosis v. crur. sin.* Chora bardzo osłabiona nic nie spożywa. 19/4 podano 0·3 or., wieczór zjadła ze smakiem kolacyję. 20/4, 0·5 or., apetyt jeszcze się poprawił. Równocześnie jednakże i ogólny stan się zmienił, gorączka spadła tak, że poprawa łaknienia mogła pochodzić od polepszenia się ogólnego stanu. Chora w kilka dni na żądanie rodziny szpital opuściła.

23) Z. N., służąca, l. 42, *Induratio apicum in ind. anaemico.* Po każdorazowem podaniu 0·3 or. poprawia sią apetyt na kilkanaście godzin.

24) P. C., lat 36, murarz, *Bronchitis diffusa,* 20/4, po dwukrotnem podaniu 0·3 or., chory tegoż i następnego dnia je z lepszym smakiem, ale co do ilości tyle co i poprzednio.

25) J. K., l. 34, wyrobnik, *Bronchitis diffusa,* 0·3 or. bez skutku.

26) M. K., l. 56, *Nephritis subacuta,* 20/3, 0·3 or. zupełnego braku łaknienia nie usuwa podobnie jak podane 23/3, 0·5 or.

Z chorych na żołądek miałem sposobność podawać w 2 razach orexinę, w jednym u J. P., l. 32 liczącéj, szwaczki, z rozpoznaniem *Catarrhus acidus ventriculi cum dilatatione* każdorazowe podanie orexiny zwiększało przypady podmiotowe jako bóle kłujące, zgagę i nudności nie wpływając na zmniejszenie częstości wymiotów i zatrzymywanie się pokarmów w żołądku. W drugim przypadku u W. J., krawca, l. 55 liczącego, z rozpoznaniem *carcin. ventriculi,* u którego czasami poprzednio bywały wymioty krwawe, wystąpiły w kilka godzin po podaniu orexiny silne wymioty krwawe, które choć samoistnemi być mogły, od dalszego użycia tego środka u chorego tego mnie powstrzymały.

Z powyższych doświadczeń wykazuje się, że trwałego zwiększania się apetytu, pociągającego za sobą jako istotny dodatni skutek n. p. podwyższenie wagi ciała, nie spostrzegano po orexinie ani razu. W kilku z przytoczonych przypadków podnosiło się trwale łaknienie na jakiś czas, ale były to przypadki, z wyjątkiem 3-go, gdzie niestety chora usunęła się z pod dalszéj obserwacyi, w których mogło to być wynikiem równoczesnego polepszenia się ogólnego stanu. Zresztą zauważano wzmaganie się łaknienia lub przynajmniéj poprawę smaku przy niezwiększonym apetycie dość często, ale zawsze przemijająco, a w bardzo wielu przypadkach, bo w większéj połowie obserwacyj, przetwór podany żadnego skutku nie sprawiał. Wobec zaś doświadczeń kontrolujących, wykazujących istotnie w kilku przypadkach podnoszenie się choć nieznaczne kwasoty żołądkowéj po orexinie, można sobie łatwo wytłumaczyć także przemijające zwiększenie się apetytu po podaniu tego środka drażniącem jego działaniem na błonę śluzową żołądka zupełnie odpowiedniem do drażnienia spojówki, błony śluzowéj nosa i jamy ust.

Te tak odmienne wyniki od podanych przez Penzoldta naprowadzają mimo woli na przypuszczenie albo, że może lek ten nie jest jeszcze przetworem trwałym, o pewnym składzie chemicznym, i że rzecz, z którą robił doświadczenia Penzoldt, była czemś innem niż lek podawany chorym przez nas (choć to przypuszczenie osłabia okoliczność, że *orexin. muriat.* sprowadzał prof. Pareński kilkakrotnie od firmy wska-

---

[1]) *Orexinum muriaticum.*

zanéj przez autora, a wyniki bywały zawsze te same), albo że lek powyższy wejdzie do arsenału lekarskiego, chyba tylko jako podniecający jedynie chwilowo łaknienie przez podrażnienie błony śluzowéj żołądka, mogący jednak w razie dłuższego używania go (a tylko w ten sposób możnaby osiągnąć wpływ długo trwały) wywołać zaburzenia żołądkowe, podobnie jak nadmiernie używane środki korzenne, równie jak on zawdzięczające swe działanie swym własnościom drażniącym.

Jako uboczne ujemne działanie wymienić trzeba czasami występujące wymioty, ale głównie u osób już poprzednio do nich skłonnych.

Oprócz tego zauważano w trzech razach objawy, o jakich Penzoldt wspomina to jest: szum w uszach, zawrót głowy bez bólów, szybko przemijający.

U osób z cierpieniami żołądka jakkolwiek szczupłe doświadczenia dotychczasowe nakazywałyby z tym środkiem ostrożnie postępować.

Już po ukończeniu tych doświadczeń i napisaniu rozprawki, wyczytałem dwa artykuły również o działaniu orexiny traktujące. Jeden z kliniki prof. R. Jakscha w Pradze przez Dra Hugona Glückziegla (Prager Med. Wochenschrift, 1890, 13) o 17 doświadczeniach, w których w większéj liczbie miało być działanie korzystne, w trzech nie było żadnego pomyślnego wpływu, lecz przeciwnie nawet wymioty, w jednem powstały boleści brzucha.

Drugi Dra Beli Imredy w Budapeszcie (Orvosi Hetilap. 1890, 13); o 12 przypadkach, w których wogóle środek ten źle znoszono i występowały wymioty, w siedmiu apetyt powiększył się, a w innych nie było żadnego na łaknienie wpływu

W końcu niech wolno mi będzie podziękować na tem miejscu WP. prof. Pareńskiemu za światłe i łaskawe kierownictwo, a kol. Dr. Wład. Pohoreckiemu za życzliwą i skuteczną pomoc w przeprowadzeniu powyższych doświadczeń.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. G. Kabrhel: **Działanie sztucznego soku żołądkowego na chorobotwórcze grzybki.**

Kwas solny wobec ciał białkowatych traci w znacznéj części na działaniu antyseptycznem, gdyż prątki durowe błonicy (Emmericha) i *staphylococcus pyogenes aureus* mogą pozostawać pod działaniem ich w znacznem zgęszczeniu nie tracąc na swéj żywotności Ponieważ kwas solny w żołądku przez pierwsze trzy godziny w czasie trawienia związany jest przez ciała białkowate, to prawdopodobnie przez tak długi czas i prątki duru żyją w żołądku i w stanie żywotnym mogą się przedostawać do jelit. Co do prątków przecinkowych Kocha, to te niszczeją nawet w obecności ciał białkowatych. W każdym razie i te mikroby opierają się działaniu kwaśnych połączeń białkowatych przez 15 minut. (*Archiv f. Hygiene* B. X, H. 3). *Dr. Buszek.*

Patologija.

Dr. Renvers (Berlin): **Ascites chylosus.**

Pierwszym, który widział i wyjaśnił gromadzenie się w jamach surowiczych cieczy jakby mlecznéj, a którą słusznie jako limfę opisał, był Poucy. W najnowszych czasach naliczył Samuel Busey 39 ogłoszonych przypadków przeciekania i gromadzenia się limfy w przestworach ciała ludzkiego. Według Quinckego w pewnéj części przytoczonych przypadków ciecz, którą wzięto za lymfę, składała się przeważnie z tłuszczowo rozpadłych komórek przybłonkowych, jakto spostrzegać się daje w przebiegu chronicznego gruźliczego i rakowego zapalenia otrzewnéj. Jeżeli jednak większe naczynia limfatyczne zostaną skaleczone lub wskutek procesów chorobowych przepuszczają zawartość swoją, może przyjść do nagromadzenia się w jamach większéj lub mniejszéj ilości limfy. Już i zapalenia i owrzodzenia skóry sprowadzają zastój cieczy i jéj skrzep w powierzchownych naczyniach chłonnych, który albo do ich pękania lub przesączu prowadzi. W niewyjaśnionym jeszcze związku z tą sprawą stoi chyluria, pojawiająca się zawsze w chwili wtargnięcia do krwi pasorzyta *filiaria hominis.* Senator i Winkel opisali 2 przypadki *ascites chylosus* jedynie tylko tym pasorzytem wywołane. Za przyczynę więc omawianego objawu patologicznego uważać musimy w pierwszéj linii skaleczenie i przebicie naczyń chłonnych, zwolnienie krążenia limfy i ostateczny jéj zastój, jakoteż jeszcze bliżéj nie znane nam zmiany ścian samychże naczyń chłonnych. Podwiązanie *ductus thoracicus,* jakto robił Heidenhain, nie sprowadza opuchliny lub przesączu limfatycznego, w takim razie bowiem naczynia krwionośne przyjmują na się pracę zastępczą. Nie zupełnie przemawia za tem w dalszym ciągu przytoczona historyja choroby kobiety młodéj, która w wewnętrznéj klinice berlińskiéj zmarła. Jako wybitne objawy przytoczyć wypada znaczny *ascites* i *oedema pedum.* Trójgrańcem z jamy brzucha wydobyta ciecz była barwy mlecznéj. Z surowicą pomięszana była w znacznéj części treść naczyń chłonnych, jakto prof. Salkowski rozbiorem i badaniem udowodnił, a przyczyną *ascites* w tym przypadku była także marskość wątroby. Sekcyja wykazała także zastój limfy w rozszerzonym nadmiernie *ductus thoracicus,* a to z powodu obliteracyi żyły podobojczykowéj w miejscu, w którym się z przewodem łączy. Niepodlega wątpliwości, iż skutkiem obliteracyi żyły i zastoju w wielkiem naczyniu chłonnem przyszło do przesączu nietylko saméj surowicy, ale i limfy w jamę otrzewnową. Był to więc przypadek kombinowany. (*Berl. kl. Wschft.,* 1890, Nr. 14).

Dr. Schreiber (Peszt): **Gąsienice much w ciele zwierzęcem i ludzkiem.**

W *Brl. kl. Wschft.,* Nr. 7 (patrz *Przegl. Lek.* Nr. 13) opisał prof. Senator przypadek wylęgnienia się gąsienic zwykłéj muchy domowéj w żołądku i połyku młodego człowieka, zwracając szczególnie uwagę na rzadkość przytoczonego opisu. Z okazyi téj ogłasza Dr. Schreiber z Pesztu kilka bliższych i ciekawych szczegółów z dziedziny gnieżdżenia się gąsienic much w organizmie zwierzęcym i ludzkim, które streszczone z pewnością czytelnika zainteresują.

W Ameryce południowéj żyje mucha (*Musca antropophaga*), która składa jaja tylko w jamie nosowéj człowieka. Tutaj też wylęgają się jéj gąsienice, wędrują często do jam czołowych (*sinus frontales*) i krtani, niemałe zaburzenia i zniszczenia wywołując. Gąsienice pewnego rodzaju much (*Hypoderma*) wylęgają się i żyją tylko w tkance podskórnéj niektórych dwukopytnych jak u wołów, jeleni itd., stając się powodem guzów i zapaleń skóry. W środkowéj i południowéj Ameryce gąsienica muchy *Dermatobia* lub *Oestrus hominis* lęgnie się w skórze samegoż człowieka i z tego względu lekarzom bardziéj znaną być winna. Pierwszą wiadomość o niéj podał A. Humboldt w pracy swéj *Oestrus hominis.* (Archiw Virchowa, tom 26). Gąsienice much posiadają przy otworze ustnym po 2 pary haczyków ostrych, za pomocą których silnie w błonę śluzową lub inną tkankę się wbijają i nie łatwo usunąć się dają. Dlatego też w przypadku Senatora wypłukanie żołądka było bezskuteczne, gdy tymczasem wymioty mnóstwo ich stamtąd wydaliły. Dlatego też w podobnych przypadkach wypłukiwanie jamy nosa lub połyku nie prowadzi do celu, ale w celu zwolnienia nawiedzonego od tak nieprzyjemnego gościa trzeba użyć środków energiczniejszych. Sposób w jaki jaja do odpowiednich jam u niektórych zwierząt się dostają jest następujący: muchy składają jaja na sierści przednich nóg a skutkiem wywołanego swędzenia zwierzęta językiem lub nozdrzami wilgotnemi zlizują jużto same jajka, jużto już wylęgłe młode gąsieniczki. Niektóre gatunki much wprost na błonę śluzową odpowiednich jam jaja składają, a *oestrus hominis* za pomocą ostrej sawki przecina skórę człowieka i w utworzony rowek jajka wpuszcza. Pasorzyty te znajdują dostateczną ilość tlenu do rozwijania się i utrzymania życia w zaułkach ciała zwierzęcego a jak go mało potrzebują, dowodem jest *musca haemorrhoidalis,* przeważnie w odbytnicy konia i osła żyjąca. (*Berl. kl. Wschft.* 1890. Nr. 18).

Farmakologija.

Dr. Ehrenmann (Heidelberg): **Acidum trichloraceticum w chorobach nosa i gardła.**

Acidum trichloraceticum, kw. trójchloroctowy, który jako lek żrący i ściągający Stein z Moskwy pierwszy na zjeździe laryngo- i rinologów, podczas ostatniéj wystawy powszech-

néj w Paryżu, zalecał, wytwarza się w postaci kryształków bezbarwnych, przeźroczystych o słabo szczypiącéj woni, w wodzie i alkoholu łatwo rozpuszczalnych. Jako *causticum* używał E. kryształków *in substantia*, któremi za pomocą odpowiednio zakończonéj sondy miejsca błony śluzowéj nosa lub gardła według potrzeby przypalał. Po téj czynności tworzył się zawsze biały, ograniczony strup, który najpóźniéj po 6-ciu dniach zupełnie odpadał. Szczególny nacisk kładzie autor na to, że kauteryzowanie tym kwasem nigdy nie wywoływało reakcyi zapalnéj, a za tem przewyższa w tym kierunku nawet galwanokauter. Stosowanie tego *causticum* nie sprawia także prawie żadnego bólu, co w praktyce między dziećmi nie małéj jest doniosłości. E. leczył tym kwasem 140 przypadków różnych przerostów i zgrubień błony śluzowéj nosa i gardła i z wyników jest nadzwyczaj zadowolony, zachwala go też daleko bardziéj, niż kwas chromowy, który z kliniki prof. Jurasza w Heidelbergu już zupełnie na korzyść omawianego leku wyrugowany został. Kwasu tego doświadczano także z dobrym skutkiem jako *adstringens* w rozczynie według następującego przepisu: Rp. *Acid. trichloracet.* 0·30, *Jodi pur.* 0·15, *Kal. jodat.* 0·20. *Glycerini* 30, 0. DS. Pędzlowanie. Szczególnie w *tonsillitis fal.* i *pharyngitis chron.* pędzlowania tym środkiem szybko do wyleczenia prowadziły. (*Münchner med. Wschft.*, 1890, Nr. 9). *Dr. Mendelsburg.*

Dr. Stepp: **Bromoform jako środek leczniczy w kokluszu.**

St. podaje, że około 100 dzieci chorych na koklusz leczył bromoformem zawsze z wynikiem bardzo zadowalającym. Wyleczenie nastąpiło zawsze w przeciągu 2 do 4 tygodni. Środek ten podaje w kroplach we wodzie, a mianowicie u dzieci do 1-go miesiąca po jednéj kropli, u starszych osesków 2 do 3 kropli, u dzieci od 2 do 4-ego roku życia po 4—5 kropli, a do 7-ego roku życia po 6 do 7 kropli — zawsze trzy razy dziennie. Preparat łatwo się rozkłada, dlatego nie należy przepisywać więcéj, niż 3·0 grm. naraz. (*Münch. med. Woch.* 1889, 46). *Dr. Süsskind.*

Chirurgija.

Antal (Buda-Peszt): **Pęknięcie cewki moczowéj.**

Po upadku na krawędź deski wystąpiło u 44-letniego robotnika okrętowego zatrzymanie moczu i krwawienie z cewki, które mimo stosowania okładów lodowych utrzymywało się. Założenie kateteru twardego wstrzymało krwotok, lecz wkrótce wytworzył się guz na międzykroczu, który się rozszerzył na moszna. Drugiego dnia chory mocz oddał, ale ponieważ wystąpiła gorączka, wykonano uretrotomiję zewnętrzną i przekonano się, że cewka była poprzecznie rozdartą, a brzegi rany były na 2$^1/_2$ cm. od siebie odległe. A. zeszył cewkę, założył kateter na przeciąg 24 godz. na stałe. Gorączka ustąpiła, mocz oddawał chory bez trudności nawet po usunięciu kateteru. Rana powstała po rozdarciu zgoiła się *per primam*, zostawiając nieznaczną linijną bliznę. (*Monatsheft f. prak. Dermat.* Nr. 5, X). *Dr. Kurasiewicz.*

Choroby oczne.

Kemény (Erlau): **Śluzotok rzeżączkowy oka.**

Badania Piringera wykazały, że jad rzeżączkowego zapalenia spojówki znajduje się stale w śluzoworopnéj wydzielinie spojówki. Bez wydzieliny tryprowéj, która pochodzi z cewki moczowéj albo z powiek, nie może powstać rzeżączka spojówki, a jaglica zawdzięcza swe powstanie również śluzotokowi spojówki lub wydzielinie oka jaglicą dotkniętego. Przez to udowodniona jest tożsamość wszystkich postaci śluzotoków oka, a teoryja powstawania przez szkodliwości atmosferyczne, chemiczne lub mechaniczne obecnie jest bez znaczenia. Według Piringera tylko wtedy zaszczepia się rzeżączkę spojówki, jeżeli śluz dostaje się na brzeg powiekowy lub do worka spojówkowego, czyli bakteryjologicznie, jeżeli do tych miejsc dostanie się gonokok Neissera, przyczem wydzielina śluzowo-ropna jest najczęściéj nośnikiem drobnoustroju. Twierdzenie to jest o tyle uprawnionem, o ile w śluzoropotoku noworodków wykazać zawsze można gonokoki podobnie jak w ropnéj wydzielinie śluzotoku spojówkowego i w mieszkach jaglicy. Jeśli to jest prawdą, to powinno badanie bakteryjologiczne i jego wynik dla rozpoznania i leczenia chorób oka odgrywać daleko ważniejszą rolę, niż obecnie. Ponieważ gonokoki zawsze w wydzielinie śluzotoku przez ich cechujące zachowanie się wobec ciałek ropy rozpoznać i od innych podobnych koków odróżnić można, dlatego już sam wynik badania bakteryjologicznego byłby ważnym dla pytania, czy istnieje niebezpieczeństwo zarażenia dla zdrowego oka lub dla otoczenia, czy nie, podobnie jak wynik badania wydzieliny tryprowéj cewki jedynie powinien rozstrzygnąć o dozwoleniu dalszego spółkowania. W końcu rozprawy opisuje K. przypadek samozakażenia prawego worka spojówkowego wydzieliną tryprową, w którym badaniem bakteryjologicznem można było stwierdzić rozpoznanie: *Conjunctivitis blenorrhoica*. Żołnierza przyjęto do szpitala wojskowego z ostrą rzeżączką; po kilku dniach wystąpiło zapalenie spojówki, w wydzielinie poszukiwano gonokoków z wynikiem dodatnim. Żołnierz późniéj przyznał się, że kompresem, przeznaczonym do oczyszczania prącia z wydzieliny tryprowej, wytarł sobie przez pomyłkę oko. W końcu podaje K., lekarz pułkowy, słuszne uwagi co do pouczania żołnierzy o niebezpieczeństwach wynikających z przeniesienia wydzieliny chorób zakaźnych. (*W. m. Bl.*, 1889, Nr. 33). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne.

Kaurin: **O dziedziczności trądu.**

Na podstawie 22 przypadków trądu obserwowanych przez siebie podaje K., że jedyną przyczyną tegoż było bliższe obcowanie z trędowatymi. Hansen przeciwnik nauki o dziedziczności trądu badał 161 Norwegów, którzy obarczeni trądem przybyli do Ameryki, lub dopiero po przybyciu tamże po krótszym lub dłuższym czasie na trąd zachorowali i zauważył, 1) że przebieg téj choroby jest ten sam w Ameryce jak w Norwegii, 2) że klimat nie ma wpływu na przenośność, bo ani raz nie obserwował przeniesienia się trądu na zdrowych, ani też nie widział go u członków familii (w kilku przypadkach licznych) zrodzonych w Ameryce, chociaż pochodzili z rodziców obarczonych trądem. Ani jednego zatem przypadku trądu dziedzicznego nie widział H. w Ameryce, ani też nie zauważył szerzenia się tegoż przez zarażenie się, a przyczynę tego upatruje w téj okoliczności, że przybyli z Norwegii do Ameryki znajdują się wśród lepszych warunków hygienicznych i mają lepiéj urządzone mieszkania niż w ojczyźnie, tudzież że odosobnianie chorych trędowatych od zdrowych bardzo bywa przestrzegane i t. d.

Co do leczenia trądu, to według spostrzeżeń Danielsena ichtyol i salicylan rtęciowy okazały się bez skutku, zaś salicylan sodowy działał skutecznie tak w formach anestetycznych jak i przy ostrych wybuchach zmniejszając gorączkę i tamując wybuch. Wogóle uważa D. trąd za cierpienie uleczne, chociaż środka swoistego dotąd jeszcze nie odkryto. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, X, Nr. 5). *Dr. Kurasiewicz.*

Choroby umysłowe.

Willerding: **O korzystnym wpływie chorób gorączkowych na choroby umysłowe.**

Kobieta 32 lat licząca, pochodząca z rodziny zdrowéj, 4 tygodnie po porodzie zapadła na dur brzuszny. W trzecim tygodniu choroby chora była bardzo rozdrażnioną, miała urojenia i mówiła od rzeczy. Przeniesiona późniéj do zakładu była za nadto wesołą, bardzo niespokojną i gadała ciągle niestworzone rzeczy. Czasem znowu przez kilka dni ani słowa nie przemówiła, tylko spokojnie siedziała i patrzała przed siebie godzinami osłupiona. Nagle wystąpiła u niéj gorączka i silne bóle w boku. Rozwinęło się obustronne wysiękowe zapalenie opłucnéj, które szybko ustępowało tak, że chora po 14 dniach mogła łóżko opuścić. Razem z zapaleniem opłucny ustępowała i choroba umysłowa (manija) tak, że po 3 miesiącach chora zupełnie uleczona opuściła zakład. (*Allg. Zeitschr f. Psych.* XLVI 5, p. 606, 1890). *Dr. Süsskind.*

Toksykologija.

Braus: **Zejście śmiertelne w następstwie nadużywania wcierań.**

B. donosi o dwu przypadkach czerwonki rtęciowéj, które po krótkim czasie zakończyły się śmiercią. Pierwszy chory wcierał na własną rękę przez 3 tygodnie po 5 gramów dziennie, następnie 10 gramów dziennie, zachorował nagle wśród wielkiego upadku sił, gwałtownych dolegliwości jelitowych i umarł po trzech dniach. Drugi chory już podczas pierwszych tygodni leczenia wcieraniami doznawał bolu

brzucha, które przypisywał przeziębieniu; wcierał jednak daléj 5 gramów szaruchy dziennie bez kontroli lekarza i także nagle zachorował wśród gwałtownych bólów i parcia na stolec; cały brzuch był bardzo tkliwy. Również i tego chorego, który oprócz lodu i szampana nic więcéj przyjmować nie mógł, leczył B. makowcem i wstrzykiwaniami morfinowemi. Wśród wzmagania się objawów zapalenia otrzewny nastąpiła śmierć na końcu tygodnia. Oględziny pośmiertne wykazały rozdęcie ogromne jelit cienkich z wynaczynionkami i owrzodzeniami, otrzewnę przyćmioną, pokrytą cienką warstwą włóknika. B. tłómaczy powstawanie tak gwałtownych objawów jelitowych indywidualnemi różnicami w szybkości wchłaniania; tłómaczy działanie rtęci porażeniem mięśni jelitowych. Leczenie: kąpiele parowe, ciepłe okłady, makowiec, a tylko w zaparciu stolca ol. rycyn., a potem makowiec. (*Deut. med. Woch.*)

Notatki lecznicze.

Intubacyja krtani. Zabiegu O'Dwyera używa się w szpitalu dla dzieci w Zurychu. Osiągnięte nim wyniki, o których donosi O. Guyer (*Schw. Corr. Bl.*, Nr. 13) są bardzo pomyślne. Zastosowano intubacyję w 27-iu przypadkach ostrego zwężenia krtani wysokiego stopnia, w którychby przecięcie krtani było potrzebnem; z tych 13 wyzdrowiało, między temi dwoje dzieci 8-io, względnie 13-to miesięcznych. Wprowadzenie rurki okazało się łatwem przy pewnéj wprawie. G. tak formułuje wskazanie: w każdym przypadku silnego ostrego zwężenia krtani stosuje się intubacyję. Jeżeli jednak jeszcze przez dłuższy czas istniejące zaciągania i inne objawy czynią bardzo prawdopodobną błonicę oskrzeli, przecinamy po intubacyi tchawicę.

Moncorvo dostarcza nowych dowodów **korzystnego wpływu antipyryny w pląsawicy.** U dwojga 10-cio i 14-to-letnich dzieci, u których pląsawica trwała przez tygodnie i lata, mógł za pomocą antipyryny w 2-ch—3-ch tygodniach osiągnąć trwałe wyleczenie. Podawał go w dawkach 3—6 iu gramów dziennie, które dzieci dobrze znosiły, nie okazując żadnych nieprzyjemnych następowych zboczeń. (*Rev. gen. de clin.*, Nr. 36).

W sprawie leczniczego zastosowania antipyryny przypomina M. Opitz doniesienie Eichhorsta o korzystnem działaniu antipyryny w moczówce zwykłéj; ilość moczu dzienna dochodziła po niéj do prawidłowéj, ciężar ciała powiększał się, przypady podmiotowe znacznie się poprawiały. Zacząć od dawki dziennéj 2-ch gramów (0·5—1·0 pro dosi) i po dojściu do 6 gr. przerwa 8-io-dniowa dla badania następowego działania leku.

Dr. Baschkopf.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Z pełnem przeświadczeniem orzec można, że Zakopane jako miejsce klimatyczne alpejskie jest dzielnym środkiem leczniczym w lżejszych postaciach neurasthenii, przedewszystkiem w formie mózgowéj i rdzenio-pacierzowéj. Powolne lecz nieustanne pobudzanie przemiany ogólnéj materyi klimatem przyzwyczaja zwolna zwątlony układ nerwowy do sprostania większym wymaganiom, równocześnie odżywiając takowy energiczniéj.

Jeżeli gdzie, to w tych właśnie przypadkach zmienione warunki i wpływ psychiczny podnoszącéj, dzikiéj przyrody alpejskiéj jest z pewnością dopomagającym czynnikiem leczniczym. Chorzy tacy, jeżeli im są równocześnie wskazane procedury wodolecznicze, mogą korzystać w Zakopanem ze wzorowo urządzonego zakładu wodo-leczniczego, a jest zupełnie naturalnem, że zakład wodo leczniczy w uzdrowisku klimatycznem alpejskiem to przecież coś innego, niż takiż zakład w nizinie tuż pod wielkiem miastem. Również systematyczne używanie zrazu ostrożne, stopniowo dosadniejsze kąpieli w pobliskiéj cieplicy „Jaszczurówka“ może tu działać bardzo skutecznie.

Przypadki atoli neurasthenii bardzo rozwiniętéj i daleko posuniętéj z wyraźną niedokrewnością znaczniejszą, ze zwątleniem siły trawienia, lub przypadki neurasthenii mózgowéj, już graniczącéj o zboczenie umysłowe, z objawami ciężkiéj hypochondryi lub hysteryi nie nadają się w ogóle dla braku potrzebnéj odporności do leczenia w Zakopanem; w takich przypadkach potrzeba zrazu postępowania więcéj uspokajającego układ nerwowy; dla takich chorych stosowniejszym będzie pobyt w miejscowościach o średniéj cieplocie wyższéj, o powietrzu czystem, w klimacie podgórskim, obok stosowania wskazanych specyjalnych metod leczniczych n. p. dyjetetycznych, używania zdrojów i kąpieli żelezistych, miesienia i t. d.

Jak wszędzie, tak i tu szablon zawodzi i koniecznem jest indywidualizowanie, a każde przedsiębranie leczenia klimatycznego, nawet w najlżejszych przypadkach neurasthenii, wymaga uprzedniéj pewnéj i umiejętnéj dyjagnozy, a zatem wskazówek lekarza na dokładnem zbadaniu ustroju opartych.

b) Gruźlica.

Na wiele lat przed wykryciem prątka Kocha i uznaniem gruźlicy za chorobę pasorzytniczą, zakaźną, ceniono już klimat miejsc znacznie ponad poziom morza wyniesionych jako skuteczny w wielu postaciach gruźlicy. Już wtedy Madeira, Sycylija, Włochy, Riviera i morze znalazły w rozwijających się uzdrowiskach górskich i alpejskich jak Goerbersdorf, Davos itd. w wielu przypadkach chorobowych niebezpieczne dla siebie współzawodnictwo — już przed erą prątkową większość poważnych badaczy i praktyków przypisywała w zasadzie pierwszeństwo stacyjom alpejskim wysokim nad uzdrowiskami południowemi lub nadmorskiemi, z tem tylko zastrzeżeniem, że w wielu przypadkach stan ogólny chorego gruźliczego, sprawa chorobowa nazbyt posunięta nie dozwalają chwycić się tego „heroicznego“ środka. Nie odkrycie Kochowskie tedy dało bodźca do rozwoju klimatoterapii alpejskiéj gruźlicy, lecz tylko wartość jéj umiejętnie uzasadniło.

W jaki sposób? — przedewszystkiem nasuwa się tu chemiczna i bakteryjologiczna czystość powietrza i wolność powietrza od pyłu nieorganicznego i organicznego: powietrze miejsc wysoko wyniesionych, jak to w rozdziale 7-ym podnieśliśmy, jest uboższe w drobnoustroje wszelkiego rodzaju, powietrze to tedy albo w ogóle nie sprzyja bujaniu drobnoustrojów, albo je niszczy zupełnie lub częściowo, albo przeszkadza wtargnięciu takowych do ustroju ludzkiego — rozstrzygnięcie tego jest rzeczą przyszłości. Tymczasem atoli fakt pozostaje faktem, że powietrze to jest znacznie uboższe w mikroby. Innym faktem stwierdzonym statystycznie jest, że chorobliwość i śmiertelność z gruźlicy w miejscach wysoko położonych, a w szczególności w okolicach Zakopanego, jest kilka razy mniejszą niż w nizinach, w miejscach zaś bardzo wysoko położonych (1600—2000 m.) prawie graniczy z zupełną wolnością od gruźlicy (*immunitas*). Fakt ten pewnie nie jest przypadkowy, lecz wprost zawisłym być musi od poszczególnych czynników klimatu — odmienny sposób życia bardzo mały wpływ tu mieć może, gdy ludzie różnego zatrudnienia, bardzo różnie żywiący się w nizinach prawie zarówno na gruźlicę zapadają. Jakież są te czynniki? czy niższe ciśnienie powietrza, czy mniejsza względna wilgotność, czy większe napięcie elektryczne, lub może ozon obfitszy? wyjaśnienie tego umiejętne wyczekuje dalszych ścisłych bijologicznych badań, zdaje się atoli, że przedewszystkiem niższe ciśnienie powietrza wraz ze suchością takowego działa wrogo na drobnoustroje.

Jest jednak pewnikiem statystycznym: w mieście Krakowie co 5-ty umiera skutkiem gruźlicy, w powiecie krakowskim co 7-my, w okolicy Zakopanego co 50-ty — pewnikiem, którym żadna dysputa naukowa nie wstrząśnie.

Logicznym tedy wniosek, że wszakże i mieszkaniec nizin, n. p. dopiero skłonny do gruźlicy, lecz gruźlicą jeszcze nie dotknięty, który przecież w zasadzie jest z téj saméj gliny, co syn Tatr w Zakopanem i okazujący tenże sam stopień skłonności do gruźlicy, przeniósłszy się w aseptyczną atmosferę Zakopanego, *ceteris paribus*, ma 10 razy większą szansę uchronienia się od gruźlicy, niż takiż sam osobnik w Krakowie stale przebywający.

Chory wysłany dla leczenia do Riviery będzie mógł wprawdzie używać świeżego powietrza całemi dniami pod uśmiechniętem, wiecznie pogodnem niebem południowem, będzie skutecznie chronić swą krtań i oskrzela od nawrotów

i pogorszeń nieżytu błony śluzowéj, lecz główny wróg chorego t. j. prątek gruźliczy będzie wygodnie w tkaninie płuc się gnieździć, odurzony chyba od czasu do czasu podniesionym ogólnym stanem odżywienia i tym sposobem wzmożoną odpornością tkanin walczącéj z nim ofiary, lecz nie znajdzie tu czynnika wprost mu przeciwdziałającego.

Już powietrze na pełnem morzu, jako chemicznie i bakteryjologicznie czyste, mimo wysokiego stanu ciśnienia zdaje się być czynnikiem leczniczym w zasadzie racyjonalniejszym.

Słusznie też znakomity terapeuta „suchot płucnych“ Brehmer kładzie nacisk na względną wolność od gruźlicy stałych mieszkańców uzdrowisk tych, które na rozwój sprawy gruźliczéj powstrzymująco oddziaływać mają.

Oprócz czystości powietrza atoli, także gimnastyka naturalna mięśni oddechowych w klimacie górskim, podniecające działanie tego klimatu w ogóle, podnoszące odporność tkanin i w następstwie lepsze ich odżywienie jest również cennem *adiuvans* w leczeniu gruźlicy.

Niższa ciepłota średnia zasadniczo nie ma żadnego znaczenia; do różnéj ciepłoty gospodarka ustroju łatwo się przyzwyczaja i adaptuje — w Islandyi i Grenlandyi gruźlica prawie jest nieznaną, gdy w południowych krajach liczniejsze jeszcze niż u nas wyrywa ofiary.

Niekorzystną w ogóle w stacyjach alpejskich, a i w Zakopanem jest ta okoliczność, że mniejsza liczba dni pogodnych dozwala choremu skąpszą ilość czasu przepędzać na świeżem powietrzu, lecz w dobrze wentylowanych mieszkaniach w Zakopanem będzie zawsze znachodzić się powietrze Zakopańskie, nie inne[1]).

Zakopane jest miejscem leczniczem w przypadkach gruźlicy tak w lecie, jak w zimie: jednolita warstwa śniegu twardego w zimie pokrywająca powierzchnię ziemi, znaczniejsze promieniowanie słoneczne potęgujące tak działanie ciepła jak światła, względna cisza powietrza, większa jednostajność ciepłoty nawet średnio wyższéj, niż w miejscowościach niżéj położonych, wolność od mgieł, dozwalają chorym odbywać w godzinach południowych przechadzki w świeżem powietrzu, gdy częste marznięcie i odtajanie powierzchni gruntu w nizinach i obecność mgieł czyni to wprost niemożebnem. W uzdrowisku Davos notują nawet korzystniejsze wyniki leczenia w zimie, niż w lecie.

Zbyteczna to przytaczać zdania powag naukowych, jak Sée, Eichhorst, Weber i in. o leczeniu gruźlicy alpejsko-klimatycznem: wszyscy uznają na podstawie rozległego doświadczenia skuteczne działanie tego klimatu, a nawet przeciwnicy takowego nie lekceważą.

Jakież tedy przypadki gruźlicy nadają się do leczenia klimatycznego w Zakopanem?

Przedewszystkiem najświetniejszych wyników wpływu klimatu w Zakopanem spodziewać się można w przypadkach skłonności do gruźlicy, ugruntowanéj na wątłéj budowie ciała w ogóle, z klatką piersiową „porażenną“, sercem małem i układem naczyniowym jak na potrzeby danego osobnika za słabo rozwiniętym — osoby, które odziedziczyły po rodzicach smutne znamiona predyspozycyi do gruźlicy, osoby młode w wieku chłopięcym lub pokwitania, szybko wyrosłe, lecz słabo rozrosłe, u których rozwój i ukształtowanie klatki piersiowéj i tkaniny płucnéj nie postępowało w równej mierze z wertykalnym wzrostem kośćca, mają wielką szansę osiągnięcia niemałych korzyści leczniczych, a raczéj zapobiegawczych w Zakopanem; skłonność do gruźlicy może tu być wydatnie zmniejszoną, a nawet zupełnie usuniętą. Czynnikiem leczniczym jest tu systematyczne tonizujące działanie klimatu, w następstwie bezpośrednie zahartowanie ustroju, podniesienie odżywienia tkanin i gimnastyka naturalna mięśni oddechowych, rozwijająca klatkę piersiową i takaż gimnastyka mięśnia sercowego wśród rozrzedzonego a „czystego“ powietrza. Naturalnie byłoby fantazyją żądać od kilkotygodniowego pobytu w Zakopanem skutków korzystnych widocznych — pobyt w tym celu i to stały liczyć się musi na miesiące i lata.

[1]) W miastach wielkich południowéj Ameryki wysoko wyniesionych i nie bardzo hygienicznych gruźlica prawie zupełnie nie panuje.

Liczne przypadki takie odniosły po dłuższym pobycie w Zakopanem tak w lecie jak w zimie pożądany skutek, a liczba szukających w tych specyjalnych przypadkach zbawiennego działania alpejsko-klimatycznego wzrasta z każdym rokiem; bawią tu tacy chorzy, których stosunki osobiste zezwalałyby na kosztowne leczenie w najidealniejszych miejscach klimatycznych zagranicy, którzy atoli nabrawszy doświadczeniem zaufania do Zakopanego dla istoty rzeczy, a nie dla oszczędności lub z patryjotycznych względów, w miejscu leczniczem krajowem przebywają.

Temuż wskazaniu odpowiadają daléj przypadki nieżytów szczytowych przewlekłych u ludzi skłonnych do gruźlicy, lub już dotkniętych wtargnięciem drobnoustrojów gruźliczych do tkaniny płuc, atoli nie okazujących dotąd następowych nacieków zapalnych i obdarzonych niezbędnym stopniem odporności tkanin. Czyste aseptyczne powietrze alpejskie z jednéj strony zdolne jest uśmierzyć objawy nieżytowe (Jürgensen uważa dopływ świeżego i czystego powietrza do płuc za najdzielniejszy środek leczniczy w nieżycie oskrzelowym i nieżytowych zapaleniach płuc: „z dwojga złego lepszy przeciąg powietrza i nagłe zmiany ciepłoty, niż nieczyste powietrze)“, z drugiéj strony przeszkodzić nurtującemu działaniu drobnoustrojów, powstrzymać lub przynajmniéj *ad minimum* ograniczyć bujanie takowych, jeżeli zaś dotąd nie zagnieździły się jeszcze w nieżytowo zmienionéj tkaninie błony śluzowéj, nie dozwolić na osiedlenie się ich i rozwielmożnienie tamże.

Pojawiające się krwotoki płucne nie są przeciwwskazaniem: wprawdzie nie zawsze ustępują pod wpływem klimatu alpejskiego, atoli są w ogóle rzadsze i skąpsze, niż u tych samych osób w nizinach; Sokołowski[1]) widział bardzo korzystne skutki leczenia chorych dotkniętych naciekami gruźliczemi po krwotokach płucnych (*post hoc ergo propter hoc*) w zakładzie Brehmera — sprawozdania krytyczne z Davos stwierdzają w licznych przypadkach nawet ustąpienie zupełne krwotoków. Energiczniejsza praca serca w górach, dozwalająca wśród rozrzedzonéj atmosfery na obfitszy dopływ krwi do sieci naczyniowéj płuc i głębsze wdechy, wcale nie usposabiają do powstawania krwotoków; wszakże Dührssen poleca wprost w przypadkach krwotoków u ludzi skłonnych do gruźlicy, atoli zresztą zdrowych, przebywanie jak najwięcéj na świeżem powietrzu, głębokie a powolne wdychiwanie i przedkłada to postępowanie ponad leczenie uspokajające, kojące i przeciwkrwotoczne za pomocą środków ściągających, sporyszu i innych

W przypadkach nieżytów szczytowych o zawiązek gruźlicy podejrzanych u osób noszących na sobie cechy „eretyzmu“, niedokrewnych, delikatnéj cery i mało odpornych leczenie klimatyczne w Zakopanem będzie nieodpowiednie: brak potrzebnéj odporności udaremni wszelki korzystny wpływ energicznego klimatu; dla takich chorych w dobranych przypadkach Szczawnica, Gleichenberg, Meran, lub pobyt w uzdrowisku podgórskiem lesistem rokuje lepsze szanse.

Daléj wskazany będzie klimat w Zakopanem w przypadkach nacieków płucnych gruźliczych, czy szczytowych, czy indziéj umiejscowionych, lecz tylko takich, które powolnie postępują, które zdają się okazywać skłonność do ograniczenia się, do częściowego przeistoczenia łączno tkankowego, nie wywołują stanu gorączkowego trwałego i nie dążą do poczynającego rozmiękczenia i rozpadu, towarzyszyć im może przewlekły katar oskrzelowy i krwioplucie. Nawet nieco ostrzéj przebiegające przypadki nadają się do tego leczenia, o ile nie wywołują gorączki właściwéj, lecz chwilowy stan podgorączkowy.

W przypadkach takich można jeszcze oczekiwać względnego lub bezwzględnego polepszenia, które zawdzięczać mamy znów z jednéj strony czystości powietrza, z drugiéj strony wzmożeniu odżywienia tkanin dzięki tonizującym przymiotom klimatu, który ukrytéj dążności miąższu płucnego do postępowego łączno-tkankowego skurczenia złogów zapalnych zwolna, lecz systematycznie dopomaga.

Przypadki przyostrego rozwoju nacieków gruźliczych, nacechowane wyższą mocno zwalniającą gorączką, z dresz-

[1]) *Berl. kl. Woch.* 1878, Nr. 39.

czami i potami. z dążnością do rozpadu i tworzenia ubytków i jam w płucach, tem bardziéj przypadki powikłane ze zmianami gruźliczemi krtani i jelit, chociażby okazywały w przebiegu okresy względnego spokoju i zastanowienia się sprawy chorobowéj zupełnie się do Zakopanego nie nadają; pod wpływem dzielnych bodźców klimatycznych muszą tacy chorzy uledz pogorszeniu i wstrząśnieniu już i tak znacznie osłabionéj równowagi fizyjologicznéj, z czego istota chorobotwórcza skorzysta i w ostry sposób rozgości się w wątłych tkaninach. Chorzy tacy pozostać winni w domu, lub w przypadkach budzących jeszcze pewne nadzieje, mogliby korzystać z klimatu południowego, uspokajającego przynajmniéj symptomatycznie.

W szczególności zmiany gruźlicze krtani i tchawicy nawet przy mierniejszem schorzeniu miąższu płucowego stanowią prawie zupełne przeciwwskazanie zastosowania klimatu alpejskiego.

Co powiedziałem o gruźlicy, odnosi się zarówno do zołzów czy w formie gruźliczych obrzmień gruczołów chłonnych, czy zmian okostnéj i kości, o ile one nie cechują się eretyzmem i nie doprowadziły do niedokrewności znaczniejszéj. Sprawa w każdym razie ma szanse powolniejszeso postępowania i nie wyklucza ograniczenia się pod wpływem klimatu alpejskiego. Bardzo odpowiedniem wydaje mi się być wysyłanie chorych po operacyjach chirurgicznych przedsięwziętych n. p. z powodu gruźliczych zmian gruczołów, kości itd. do Zakopanego: czynniki klimatu mogą tu snadnie, gdy złogi właściwe swoisto-gruźlicze ręką chirurga wykorzenione zostały. wzmocnić tkaniny do walki z prątkiem gruźliczym w przyszłości, gdyby je miał ponownie nawiedzić.

Celem systematycznego leczenia gruźlicy nadawałyby się osobne według zasad hygijeny i zgodnie z postulatami bakteryjologii urządzone s a n a t o r y j a w najwyższych punktach Zakopanego, może na jednej z najbliższych, latem i zimą dostępnych i dobrze osłoniętych polan Tatrzańskich urządzone. Może to co dziś jest marzeniem, stanie się faktem dokonanym w przyszłości niedalekiéj: warunki po temu są, gdy nawet naukowe prawdopodobieństwo, jak to powyżéj wyjaśniliśmy, przemawia za tem, że wysokie polany otoczone zewsząd górami są w zimie średnio cieplejsze i suchsze.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

A. Lazarus: **W jaki sposób działają środki zazwyczaj używane dla konserwowania mleka.**

Producenci mleka i handlarze, a nawet gospodarze używają dla powstrzymania mleka od kwaśnienia środków chemicznych, jak: dwuwęglanu sodowego, sody, wapna, boraksu, kwasu borowego i kwasu salicylowego.

Środki te nie są stosowne ani dla niszczenia bakteryj, ani też nie zapobiegają kwaśnieniu mleka. Soda i dwuwęglan sodowy nie wstrzymują w rozwoju grzybków zawartych w mleku, nie opóźniają jego kwaśnienia, a sprzyjają mnożeniu się niektórych chorobotwórczych n. p. cholery. Wapno w ilości dopuszczalnej nie powstrzymuje wcale, boraks bardzo słabo grzybki w rozwoju; kwas borowy prawie wcale nie działa na grzybki, kwas salicylowy działa nieco silniej na bakteryje aniżeli środki wymienione, nawet niektóre z nich zabija, lecz pomiędzy innemi grzybka tyfusowego żywotności wcale nie osłabia. Z tego powodu nie należy pozwalać środków wymienionych używać handlarzom mleka, jak i w gospodarstwie domowem; zaledwie kwas salicylowy zasługuje na polecenie i to tylko wtedy, jeżeli dokładniejszych sposobów konserwowania nie można zastosować.

Dla rozpoznania dodanych środków konserwujących mleko wystarcza: a) Próbkę mleka gotować 1—2 godzin. Jeżeli mleko zbrunatnieje albo przybierze barwę brunatno-czerwoną, wtedy dodać jakiego środka alkalicznego, jak: sody, dwuwęglanu sodowego, boraksu, wapna. b) Do drugiéj próbki dodać kilka kropli rozcieńczonego roztworu chlorku żelazawego. Zabarwienie fioletowe wskazuje obecność kwasu salicylowego. Kwas borowy nie da się łatwo dowieść, jeżeli jest dodany w ilości nie zdradzającej się w smaku. Lecz takie ilości nie konserwują mleka i nie szkodzą ludziom.

Inne sposoby konserwowania mleka polegają na ciśnieniu 2—4 atmosfer i na zamrożeniu lub ogrzaniu mleka. Tak pierwszy jak i drugi sposób nie zabija mikrobów, pasteryzowanie zaś mleka, czyli ogrzanie go szybkie na 60°—80° i natychmiastowe ostudzenie na 8° okazuje, że mleko nie przybiera smaku mleka gotowanego, kwaśnieje dopiero we 20—48 godzin, a co do działania zabójczego na grzybki głównie tyfusowe i gruźlicze, to ono wcale nie jest pewnem. (*Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII Heft 2*). *Dr. Buszek.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dni 29 maja. Na posiedzeniu swem z dnia 16 maja Wydział lek. Uniw. Jag. przyznał z fundacyi ś. p. Jakubowskiego i Niewiadomego pierwszą nagrodę konkursową w kwocie 350 złr. Drowi B e c k o w i, asystentowi przy katedrze fizyjologii; drugą nagrodę (300 złr.) Drowi L a c h o w i c z o w i, kandydatom medycyny zaś K o s i ń s k i e m u i P e l c z a r o w i 275 złr., a K w i a t k o w s k i e m u również 275 złr.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu rozporządzeniem z dnia 9 maja 1890 ogłosiło zmianę przepisów co do t r w a n i a n a u k i i s ł u ż b y p e r s o n a l u p o m o c n i c z e g o f a r m a c e u t y c z n e g o. Według tego rozporządzenia do praktyki aptecznéj przyjęty być może odtąd tylko młodzieniec, który ukończył 6 klas gimnazyjalnych lub realnych, (a nie 4 klasy, jak dotychczas).

* Minister oświecenia w Węgrzech hr. Csaky przygotował projekt r e f o r m y c z e s n e g o w uniwersytetach węgierskich. Zamiast dotychczasowéj taksy 1 złr. 5 ct. za każdą godzinę wykładową w tygodniu studenci odtąd opłacać będą 30 złr. półrocznie z prawem uczęszczania na wszystkie wykłady objęte katalogiem według własnego wyboru. Z dochodów kasa rządowa pobiera 5%, drugie 5% rozdzielonych będzie między docentów i proff. nadzw. w stosunku do liczby uczniow na ich wykłady zapisanych, z resztujących 90% otrzymują profesorowie zwyczajni i nadzwyczajni po 500 złr. rocznego dodatku, nadto pierwsi 200 złr. dodatku do kwoty pobieranéj na mieszkanie, a ostatni 100 złr. Zamiast dodatków dziesięcioletnich po 315 złr. pobierać będą proff. zwyczajni dodatki 5-letnie po 300 złr., a nadzwyczajni po 200 złr. Wydziały będą miały prawo uwalniania od czesnego ograniczonéj tylko liczby studentów.

* Prof. J a w o r s k i, który powrócił, jak się dowiadujemy, z Włoch do Krakowa, nie będzie z powodu zdrowia w bieżącym sezonie p r a k t y k o w a ł w Karlsbadzie.

* **Drugi Zjazd chirurgów polskich** zapowiada się równie świetnie, jak pierwszy. Wielu kolegów oświadczyło się już z gotowością przybycia, inni zapowiedzieli wykłady, a mianowicie:

1. Dr. B o g d a n i k (z Biały): Demonstracyja pocisków Manlicherowskich i preparatów anatomicznych z poległych w Białéj w dniu 23 kwietnia r. b.
2. Dr. S z u m a n (z Torunia): O znieczulaniu bromkiem etylu.
3. T e n ż e: O leczeniu ciąży pozamacicznéj.
4. Dr. W e h r (ze Lwowa): O promienicy (*aktinomykosis*).
5. Dr. Z i e l e w i c z (z Poznania): O narkozie eterowéj.
6. Dr. G a b r y s z e w s k i (z Krakowa): O neuropatycznych cierpieniach stawów (z przedstawieniem chorych).
7. Dr. R o ś c i s z e w s k i (z Krakowa): O raku górnéj wargi.
8. Dr. L a n g i e (z Krakowa): O resekcyi odbytnicy sposobem Kraskego (z przedstawieniem chorych).
9. Dr. Ł e p k o w s k i (z Krakowa): Wyniki leczenia zapalenia stawów gruźliczego jodoformem i balsamem peruwiańskim.
10. Prof. R y d y g i e r (z Krakowa): O wycinaniu macicy.
11. T e n ż e: O wypiłowaniu stawu skokowego (z przedstawieniem chorych).
12. T e n ż e: Demonstracyja na trupie wypiłowania stawu skokowego sposobem Lauensteina.

Inni koledzy zgłosili się z wykładami, pozostawiając ogłoszenie tematów na późniéj. Z narzędzi, jakie wystawione będą, zasługują na uwagę kleszczyki z nowym zamkiem Collina, narzędzia Martina do wycinania macicy, stół operacyjny Trendelenburga, aseptyczne imadło i inne.

* W Cieplicach czeskich do dnia 22-go maja bawiło gości 716.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kijów.** Prosektor w Uniw. moskiewskim Dr. Tichomirow mianowany nadzw. profesorem anatomii opisowéj. — **Tomsk.** Prosektor w Akademii petersburskiéj Winogradow mianowany prof. anatomii patologicznéj.— **Petersburg.** Dr. Anfimow habilitował się jako docent chorób umysłowych i nerwowych.

* **Wiadomości osobowe.** P. Anzelm Małachowski otrzymał w Petersburgu stopień Dra med. po obronie rozprawy p. t. „Przyczynek do farmakologii chloralamidu.“

* **Nekrologija.** W Czerniowcach umarł dn. 24 maja r. b. Dr. Feliks Wysocki, lekarz tameczny i członek Tow. lekarzy bukowińskich, po długiéj chorobie w 52 roku życia. Dr. Wysocki był rodem z Krakowa, tu kończył wszystkie szkoły i uzyskał dyplomy lekarskie, poczem przeniósł się do Czerniowiec — gdzie oddany wyłącznie praktyce, w niéj miał wielkie powodzenie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 21: Brunera: O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu w prawidłow. przyp. i cierp. przewodu pokarm.: Sokołowskiego: Kilka uwag nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artrytycznéj do suchot płucnych (dok.); Kohna: Przyp. pomyśl. wyleczenia przewl. wynicowania macicy.—W *Medycynie* Nr. 21: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.). —

Redakcyja otrzymała:

Dr. EBERS: C. k. Zakład wodoleczniczy w Krynicy, sprawozdanie za rok 1889, Lwów, 1890, in 12-o str. 8. — Dr. CHŁAPOWSKI: Przypadek zejścia śmiertelnego po małéj dawce saolu (odbitka z *Nowin Lek.* 1890) in 8-vo str. 5.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 4-go czerwca b. r. o godzinie 6-téj popołudniu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem 1. Komitet Tow. lek. krak. przedstawi wnioski. 2. Odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Surzyckiego. 3. Kol. Pieniążek będzie miał zapowiedziany wykład.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego** odbędzie się 3 czerwca b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w pracowni Doc. Dra Marsa (ulica Grodzka).

Porządek dzienny: 1) Kol. Kohn: Ichtyol w ginekologii. 2) Kol. Mars przedstawi 2 preparaty anatomiczne z własnego zbioru.

Sprostowanie. W Nrze 18-ym przez omyłkę nad sprawozdaniem z pracy Möbiusa umieszczono napis: „Okulistyka“, zamiast „Choroby kobiece“.

Do niniejszego numeru dołącza się list Dra Głuchowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.